

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Centre Hospitalier de Sarrebourg

CRS Saint-Luc

Ce formulaire est à remplir par le demandeur et à adresser, accompagné des pièces justificatives nécessaires, à :  
**Madame la Directrice du Centre Hospitalier de Sarrebourg**  
**25 avenue du Général de Gaulle - BP 80269 - 57402 SARREBOURG CEDEX**

### CADRE RESERVE AU DEMANDEUR

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

VOUS ETES :	DOCUMENTS A JOINDRE :
<input type="checkbox"/> Le patient majeur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Le représentant légal du patient mineur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Document officiel attestant de votre filiation avec le patient (livret de famille)
<input type="checkbox"/> Le tuteur légal du patient majeur	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> L'ayant-droit du patient (en cas de décès)	- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité - Selon votre situation : * Conjoint ou concubin du patient, lié par un mariage ou par un PACS : Votre livret de famille ou un justificatif de PACS * Autre successeur légal ou testamentaire du patient : Attestation d'hérédité ou acte de notoriété - Photocopie de l'acte de décès du patient

### IDENTITE DU PATIENT

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

### A COMPLETER EN CAS DE DECES DU PATIENT

Selon l'Article L.1110-4 du Code de la santé publique : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de **connaître les causes du décès**, de **défendre la mémoire du défunt** ou de **faire valoir leurs droits**, sauf volonté contraire opposée par la personne avant son décès

#### Motif de la demande :

- Connaître les causes du décès  
 Défendre la mémoire du défunt  
 Faire valoir vos droits

**Préciser, le cas échéant, les circonstances qui vous conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits que vous souhaitez faire valoir :**

.....  
 .....

## NATURE DES DONNEES

---

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation (début/fin si possible) : .....

Service(s) d'hospitalisation ou de consultation : .....

### Eléments demandés :

- L'ensemble du dossier       sans le dossier radiologique  
 avec le dossier radiologique

ou

Les pièces suivantes (à préciser) : .....

### Mode de transmission des données :

Envoi par lettre recommandée avec accusé de réception (joindre un **justificatif de domicile** si l'adresse indiquée sur la pièce d'identité n'est plus valable)

- au demandeur  
 au médecin traitant : Nom, prénom, adresse.....  
.....  
.....

ou

Remise de la copie du dossier médical en mains propres

ou

Consultation sur place en présence d'un médecin

## LE DEMANDEUR EST INFORME

---

- Que conformément à la Loi du 4 mars 2002, le Centre Hospitalier de Sarrebourg répondra à sa demande dans un délai compris entre 8 jours et 2 mois selon l'ancienneté du dossier (L 1111-7 du Code de la Santé Publique).
- Que les informations du dossier médical sont strictement personnelles.
- Que les documents transmis seront des copies.

Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et s'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Demande faite le : .....

Signature du demandeur :

## CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

---

### VISA DE LA DIRECTRICE OU DU DIRECTEUR DE GARDE

---

Validation de la demande :

- Oui  
 Non

Délai de communication :

- 8 jours  
 60 jours

Si non, motif :

Date :

Signature :

### VISA DU MEDECIN

---

- Envoi  
 Consultation sur place

Date :

Nom et Signature :

Refus

Si refus, motif :

- Opposition exprimée par le défunt  
 Opposition exprimée par le mineur